

(表4)主たる家族介護者

	割合(%)	
	1991年末	2002年末
(続柄)		
配偶者	37	28
母	14	12
父	0	1
娘	26	26
嫁	9	6
息子	3	10
孫	1	2
その他の親族	6	7
友人・隣人・知人	4	8
(性別)		
男性	17	27
女性	83	73
(年齢)		
45歳未満	19	16
45-54歳	26	21
55-64歳	26	27
65-79歳	25	26
80歳以上	3	7
回答なし	1	3
平均年齢(歳)	57	59

資料: TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

(表5) 主たる家族介護者の週平均介護時間 (2002年末)

要介護者の介護度	計	認知症を伴う場合	認知症を伴わない場合
I	29.4	31.4	28.1
II	42.2	43.7	40.0
III	54.2	61.9	46.6
計	36.7	39.7	33.7

資料: 表4と同じ。

(表6) 主たる家族介護者の就労状況

	割合(%)	
	1991年末	2002年末
介護開始時点から非就労	52	51
介護のため就労を中止	14	10
介護のため就労を制限	12	11
従前どおり就労を継続	21	26
回答なし	1	2

資料: 表4と同じ。

(表7) 要介護度の区分

区分	介護の分野および頻度	必要介護時間
要介護度Ⅰ	身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、1又は複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低90分 うち基礎介護に45分以上
要介護度Ⅱ	身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低3時間うち基礎介護に2時間以上
要介護度Ⅲ	身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低5時間うち基礎介護に4時間以上

(表8)介護保険による給付

- 介護現物給付
- 介護手当
- 介護現物給付 と介護手当 との組合給付
- 介護者に支障が生じた場合の在宅介護
- 介護補助具及び住宅改造
- デイケア・ナイトケア
- ショートステイ
- 終日入所介護
- 障害者援護のための終日入所施設での介護
- 介護者の社会保障のための給付
- 家族等の介護者に対する介護講習
- 一般的な世話の必要な要介護者に対する給付

(表9)介護従事者の状況

	介護サービス事業	介護ホーム
従事者計(人)	214,307 100.0%	546,397 100.0%
(内訳)		
フルタイム	56,354 26.3%	208,201 38.1%
パートタイム(社会保険適用)	103,181 48.1%	240,870 44.1%
パートタイム(社会保険非適用)	47,957 22.4%	55,238 10.1%
実習生	3,530 1.6%	31,623 5.8%
ボランティアなど	3,285 1.5%	10,465 1.9%
女性の割合	87.7%	85.0%
(基礎介護/介護・世話を主たる 業務とする者に占める割合)		
老人介護士	21.8%	31.7%
看護師	37.9%	15.5%
児童看護師	3.1%	0.9%

資料: 表1と同じ。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」

分担研究報告書

フィンランドにおける介護者の確保育成策

分担研究者 笹谷 春美 北海道教育大学 教授

（平成 19 年度実施）

研究要旨

フィンランドは、福祉国家類型において「北欧型」あるいは「社会民主主義型」に分類されている。

本研究は、その考察対象をフィンランドの社会保健ケアサービス (social/health care services) の供給システム、なかでも高齢者へのサービス供給システムとそれを支える介護サービス従事者の確保育成問題に限定し、北欧型福祉モデルの理念や原則が、それらの政策や実態にどのように反映されているのか、そのことによる具体的な効果や問題点について把握することを試みた。

得られた知見は以下の通りである。

1. 高齢者介護サービスの政策は、その内容やサービス量の目標値等は中央政府（国家）の強力なリードのもと長期展望に立ち計画的に行なわれている。実際のサービスの供給責任は自治体にある。それゆえに、都市化や高齢化による自治体規模の格差に伴うサービス供給の格差の問題に直面している。これは国民の公平なサービス受給の権利に関わる問題であり、自治体再編も含む新たなサービス構造改革が行われている。
2. サービス供給資源としてプライベートな資源が増加している。しかし、これらの資源の参入の多くは、自治体のサービス購入、委託等であり、完全な市場化によるものとは異なる。
3. 同時に、フィンランドでは、インフォーマルな親族介護および担い手である親族介護者に対する公的支援が進んでいる。
4. 介護サービス従事者の確保・育成も中央政府のもとで計画的に行なわれ、現在の所、「人材不足」は明確な政策課題とはなっていない。しかし、“若者が高齢者ケアを希望しない”という一般傾向は問題とされてはいる。しかし、それへの対応は、他の北欧諸国のように、若者、男性、移民の参入、という方法とは異なるものである。
5. ラヒホイタヤという柔軟な能力と知識を有する新しい資格をもったユニークな介護サービス従事者の育成政策の結果、相対的に質の高いケアワーカーを確保しており、国際的にも注目されているところである。ラヒホイタヤという資格は女性が介護サービス従事者として長期間労働市場に留まることを可能にした。また、彼女たちの多くが自治体雇用であり、SUPER という労働組合に組織されている。この点で「女性に優しい福祉国家」という規定がまだ当てはまり、これらが「人材不足」を防いでいると捉えることができる。

A. 研究目的

フィンランドは、福祉国家類型において「北欧型」あるいは「社会民主主義型」に分類されている。その特徴は、①公正や平等という価値に基づく社会的連帯を基本理念、②福祉サービスは国家の責任において自治体はその

供給を行う、③普遍性原則、④市民的権利としてのサービス受給、⑤財源は税金、等である。

本研究の目的は、その考察対象をフィンランドの社会保健ケアサービス (social/health care services) の供給システム、なかでも高

齢者ケアのサービス供給システムとそれを支える介護サービス従事者の確保育成問題に限定し、北欧型福祉モデルの理念や原則が、それらの政策や実態にどのように反映されているのか、そのことによる具体的な効果や問題点はいかなるものかについて把握し、日本やドイツ、アメリカ等の異なる福祉レジームにおけるこれらの課題と比較考察する資料を提供することである。

B. 研究方法

本年度は現地調査を行わず、既存データおよび文献を用いて考察を行った。データの補充および現地での具体的な事例についての関係者からの聞き取りは次年度に行う予定である。

(倫理面への配慮)

個人情報等に関連しないため不要。

C. 研究結果

本研究において得られた知見は以下の通りである。

① フィンランドでは、介護サービスの政策は、その基本的内容やサービス量の目標値の策定等、中央政府（国家）の強力なリードのもと長期展望に立ち計画的に行なわれている。

② 実際のサービスの供給責任は自治体にある。自治体のサービス供給義務は社会サービス法などの国の法令に定められている。その結果、あらゆる地域に暮らす住民が公平にサービスを受ける権利を享受できる仕組みとなっている。財源も、国が25%、自治体が65%、利用者が10%であり、9割が公的資金（税金）で賄われている。

③ サービス供給資源としてプライベートな資源が増加している。これらは、NPOや営利企業、個人業主等によるシェルターハウスやグループホーム、配食や家事サービス等の提供に多く見られる。しかし、これらの資源の参入の多くは、自治体のサービス購入、委託等の形態であり、完全な市場化によるものとは異なる。上記のようなプライベートセクターによるサービス提供は、社会サービスで25%、ヘルスケアサービスで20%と、まだ比重はそれほど多くはない。

④ フィンランドでは、インフォーマルな親族介護および担い手である親族介護者に対する公的支援が進んでいる。2006年には親族介護支援法が施行され、介護者は一定のアセスメントにより「介護者」としての法制上の地位を得ることにより、介護手当や法定の休日を得る権利を取得した。

⑤ フィンランドでは、公的責任によってカバーされるサービスは極めて包括的で

ある。しかし、他の北欧諸国の中では 75 歳以上の施設ケアの割合は最も低く、在宅ケアサービスの受給者の割合もスウェーデンに次いで低い。とりわけ 2000 年代に入ってから公的サービスのカバー範囲の低下・縮小傾向が見られ、中央政府は、自治体がサービス抑制をしているのではと懸念しており、在宅サービス、とりわけ家事的サービスの充実の必要性を指摘している。

⑥ フィンランドの介護サービス従事者の確保・育成も中央政府のもとで計画的に行なわれ、現在の所、「人材不足」は明確な政策課題とはなっていない。フィンランドの介護サービス従事者の育成政策はユニークであり、その結果、相対的に質の高いケアワーカーを確保しており、他の北欧諸国のみならず国際的にも注目されているところである。90 年代初頭、中等レベルの職業訓練教育の大々的な改革が行われ、介護サービス従事者の新しい資格として「ラヒホイタヤ (practical nurse)」が創設された。これは従来の 10 種の社会保健サービスに関わる低位の資格を統合し、より広範な知識・技能を有する資格にランクアップさせたものである。そのために 3 年間 120 学習週の全国統一のカリキュラムが作成された。この間、保育士やホームヘルパー、準看等の養成は廃止され、ラヒホイタヤは、多様なケア領域のサービス従事者の唯一の資格となった。この資格の創設の背景には、人々

のケア需要の展望や労働市場（病院や在宅・施設）の要望等があったが、高齢者ケアの領域においては、従来のホームヘルパーと訪問看護の仕事を統合するものとなる。ここに、個々のケアワーカーの質の向上とケア現場での仕事の合理化の典型が見られる。在宅において、複数の介護者が入れ替わり立ち代り来るのではなく、同じ人、しかも質の高い人に来て欲しい、という高齢者の要望にも応えるものである。

⑦ 今日では、フィンランドの様々なケアワークの領域はラヒホイタヤが中心になってきている。その 9 割以上が女性である。多くは自治体雇用のフルタイムであり、フィンランドの 4 大労組のひとつである SUPER というケアワーカーの労働組合に組織されている。従って、賃金、雇用形態、教育や健康問題、など様々労働条件の獲得や労働環境の改善に有利な状況にある。その結果、同じ「女性職」でありながら、北欧諸国や OECD の比較分析等においても、フィンランドの介護サービス従事者は、相対的に高い教育レベルであり、雇用条件も良く、安定した労働環境にある、と言われる由縁である。

⑧ 介護サービス従事者の確保・育成も中央政府のもとで計画的に行なわれ、現在の所、「人材不足」は明確な政策課題とはなっていない。ラヒホイタヤの養成校は、全国で 8 校あり、定員もその地域の人口構造

やサービス需要の予測によって決定される。学生募集も順調であり、定員割れは無いようである。しかし、学生は新卒の若い学生と中高年の成人学生の2種類に分かれ、若い学生は高齢者介護の仕事を嫌う、という傾向はある。現在、それを補うのは成人学生であり、ラヒホイタヤの資格を得るためにケア領域や他職種からの入学者である。一方、人員不足が生じない他の要因は離職者が少ないことであろう。確かに肉体疲労のため、他職種の平均退職年齢より早期に退職する割合が高い(平均58歳)。が、日本のように、3年や5年という短期での離職は少ない。また、OJTなど、継続教育、再教育のシステムも整っており、より高度な資格を得ながら仕事を継続することが可能なことも、ケア労働市場から人々が離脱しない理由である。

D. 考察およびE. 結論

上記の結果を、サービス供給の公私のバランスという視点とジェンダーの視点から、本研究のテーマであるフィンランドの介護サービス従事者の確保・育成の特徴を考察する。

公私のバランス、と言う点では、フィンランドは、まさに北欧型の福祉レジームを展開している。

ケアを必要としている国民に等しく権利としてのサービスを供給する責任を中央政府・

自治体が主要に果たしており、財源、サービス供給主体、サービス従事者の育成等も公的セクターがリードしている。プライベートセクターの参入や親族介護支援策がサービス供給の多元化というスタンスで増加しているものの、公的セクターの影響力は今の所、揺らいでいない。

むしろ問題は、公的セクターにおける中央政府と自治体の関係である。地方分権のもと、各自治体は実際のサービス供給の内容について独立性をもちその財源の大部分を地方税によって賄っているが、それゆえに自治体の人口規模や人口構成によって格差が生じるリスクを持っている。中央政府はそれを避けるため、サービス供給の単位の統合(自治体連合、広域連合など)等を推奨してきたが、今日、いよいよ、都市化と高齢化により単独でサービスを供給できない「貧しい自治体」が問題化され、大規模な自治体の合併・再編を含めた「サービス構造の改革」が国の主導で展開中である。そのために制定された法律「自治体、サービス構造再編成のための枠組み法」(2007年2月)のもとで、どのような変化、影響が生じるのかは、次年度の現地調査で確かめることにしたい。

サービス供給における国家のリードは、それを支える介護サービス従事者の計画的育成にも貫かれている。1990年代初頭の不況を背景とした政府主導の「サービス構造改革」によって、施設ケアから在宅ケアへの転換が強

化されたが、その転換に対応するような人材確保をフィンランドは従来の従業者の数を変えずに、つまり施設ケアで余剰になった人員を失業させずに在宅ケアへ移行し、かつより高次の需要が増える在宅サービスには、介護従事者全体の質を高めると言う方法で対応してきた。職業訓練教育の大幅な改革の中で創設されたラヒホイタヤの資格は、高齢者介護においては、ホームヘルパーと準看の資格を統合する性格を持ち、従来分離していた双方の仕事を一人の人間が行える、という柔軟な特性を持っている。今や、多くのケア現場では、このラヒホイタヤが中核的地位を得つつあることがデータでも明らかとなった。このラヒホイタヤ教育を、政府やケアワーカー団体は概ね支持しているが、この資格の柔軟性ゆえの専門性の低さ等による問題も指摘されているが、研究者らのこの批判の考察は次年度の課題である。

ところで、上記の実態をジェンダー視点からみると、どのような意味をもつであろうか。第1に、ラヒホイタヤの9割以上は女性である。従ってケアワーカーとしての女性の職業人生に与えた影響は大きい。ラヒホイタヤは従来の10種類のケアに関わる資格を統合したものである。そして2年間の基礎教育でこれらのケアワークに関わる基礎知識を学ぶため、広範な応用能力を有している。従って、例えば、保育から高齢者ケアや精神障害者ケアに変わったり、時代の要請に合わせて労働

市場内を移動することによって、長期に仕事を継続することが可能になった点が評価される。

また、職場内でも、ラヒホイタヤという唯一のケア労働者の資格を所有する従事者が増加することにより、縦の階層序列が少なくなりケアワーカー間の格差がなくなる、という影響がある。キャリアアップが少ないのが、ケアワークの特色であるが、無資格の不安定な低階層の職種もなくなる点や、少なくとも従来のホームヘルパーの質のアップになった、と言う点でも評価できると考える。ジェンダー視点から見れば、女性ケアワーカーに有利に働く面が指摘されるが、ケアワークにおけるジェンダーギャップを解消するものではない。この点をどう評価するのも残された課題である。

しかし、高齢者介護は若い人より中高年の女性の方が対応がうまいという現実がある以上、若い人が無理に行わなくても、年を経てから介護の職業に戻ってくればよいのではないかと、という関係者の話しには、生涯教育システムが整っているフィンランドならではのゆとりが感じられた。

そして何よりも、介護サービス従事者が自治体労働者として、介護報酬などに規定されることの無い、生活給のもとでより安定した平等な環境で働けることが、利用者の満足も得られるものとかんがえる。

F. 健康危険情報

なし

札幌学院大学

G. 研究発表

1. 論文発表

笹谷春美 2005 「高齢者介護をめぐる家族の位置」、日本家族社会学会『家族社会学研究』第16巻第2号 36-46

2. 学会発表

笹谷春美 「日本型介護政策の展開と家族介護者支援策」、日本学術会議シンポジウム「少子高齢化社会の政策形成と社会学」、2007年12月22日、お茶の水女子大学

笹谷春美 「高齢者介護政策における「家族介護」(者)の認知過程と支援策の変容」、第17回日本家族社会学会、2007年9月8-9日、札幌学院大学

M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., (2007). Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan. (Paper presented at the 4th Annual East Asian Social Policy research network (EASP) International Conference, 20th-21st October 2007, Tokyo.)

齋藤暁子・笹谷春美 「介護保険制度における家族介護の位置づけの変容」、第17回日本家族社会学会、2007年9月8-9日、

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第二章 フィンランドにおける介護者の確保育成策

笹谷 春美

1. はじめに

フィンランドの高齢者介護政策は「北欧型福祉モデル」の線上にある。「北欧型福祉モデル」は、ヨーロッパ大陸に典型的な Conservative モデルやアメリカに典型的な Liberal モデルと異なり、Solidarity を基本としている。そのポイントは、公正や平等という価値に基づく社会連帯を基本理念として国民全体の生活を豊かにすること、従って福祉サービスの供給は普遍性原則に基づき、国民はそれらのサービスを市民的権利として享受し、その責任は国家（公的サービス）にある点を明文化していることである。しかし、近年のこれらの北欧諸国の比較データによれば、福祉サービスの供給やケアワーカーの養成等において各国にはそれぞれ特有の差異があることも明らかにされている。フィンランドの特色として挙げられているのは、たとえば、サービスの供給資源として第3セクター（NPO や営利企業、とりわけ個人事業）の活用が活発なこと、親族介護者支援の法制化をいち早く施行したこと、介護サービス従事者の教育レベルと待遇が高いこと、などが指摘されている。

更に、北欧型福祉モデルにおいては、ジェンダーの視点からの「女性に二重の影響を与えた」とう点での評価も重要である。50年代からスタートしたこれらの国々の福祉国家の創出は公的福祉サービス市場への女性の進出と機を一にしているからである。女性を中心としたフォーマルケアラーによって高齢者ケアは支えられ、それによって女性は無償のインフォーマルケアから解放された。そのことは、有償のケアラーとして経済的自立も可能にし、男女平等の促進にもつながったのである。このような福祉国家と女性の親和性、「女性にやさしい国家」（深沢 1999）は、官製フェミニズムの限界を有するという批判もあるようだ（高橋 1999）。実際、北欧福祉国家においても、特に高齢者サービスの従事者は、平均すれば95%は女性であり、完全な「女性職」である。そしてこれらの国々でも介護職の社会的評価は高くはなく、過酷な仕事に比して賃金も相対的に低いと言われている。そのために若い人々に介護職は敬遠され、介護職の再生産の危機も社会的課題となっている（笹谷 2005）。その中で、フィンランドの介護従事者は、他国に比して高い教育を受けていることやフルタイムの自治体雇用が多く安定した就労環境にあることなどが特色として指摘され、北欧諸国のみならず国際的にも注目されている。

本節では、このようなフィンランドの高齢者介護サービス政策とそれを支える介護サービス従事者の特色の背景と実態を明らかにする。

なお、本報告の分析は既存のデータや資料を中心に行うものであり、事例分析やいわばフィンランドモデルの評価は来年度の実態調査に委ねるものである。

2. 介護の確保における公私の関係

(1) 公的セクターの強力なリード

北欧型福祉モデルにおいては、社会保健医療サービスの供給は国家の強力なリードのもとで行われることが特色である。

フィンランドにおいても、社会・保健ケアのサービスは国の法令に基づき、主に税金で賄われる。地方分権政策の下、具体的なサービス供給の責任は 448 (2005 年現在) の自治体であり、財源は国からの補助金が 25%、利用者の支払いが 10%、残りの 65% を自治体がカバーしている。つまり、9 割が公的資金 (税金) であり、利用者料金の役割は小さい。

自治体のサービス施行義務は次の法令に定められている。

- ・ 社会サービス (ホームヘルプ等) : the Social Welfare Act 710/1982
- ・ ヘルスサービス (訪問看護等) : the Primary Health Care Act 66/1972
- ・ インフォーマルケアの支援 : the Act of Support for Informal Care 937/2005)

2006 年には、the Social Welfare Act の新しいパラグラフとして、「自治体はサービスニーズのアセスメントを 7 日以内に行う」ことが加えられた。対象は 80 歳以上の高齢者と障害者手当ての受給者である。従来以上に迅速に適切なサービスを支給することを強化したものであり、在宅ケアの充実の一環である。

高齢者ケアサービスの目的は、人々が出来る限り住み慣れた自分の家や地域で自立して生活することを可能にすることである。自宅での生活は専門的な福祉およびヘルスケアサービスによって速やかにサポートされ、施設ケアはもはやこれ以上自宅生活が不可能という段階で提供される。これらを実行するために、各自治体は、高齢者の安全と権利が守られるための戦略を立てることを期待されている。その戦略は、サービスの開発とともに次のような視点に立つことが含まれる。つまり、高齢者の生活の質 (QOL) を高めること、彼らの身体的機能の如何に関わらず自己決定と自立を尊重することである。サービスは利用者と親族との協同からスタートし、サービス提供者と利用者親族の関係はシームレスであらねばならない。

従って、自治体が担う主なサービスは極めて包括的である (図 1 : STAKES 研究員 R.Heinola 作成)。

社会サービスとして、在宅ケアにおけるホームヘルプ、食事やクリーニングなどのサービス、インフォーマルケアの支援がおこなわれ、住宅サービスとしては、新しい型のシェルターハウス (強化型高齢者住宅) や従来型の高齢者住宅、デイ・サービスがカバーされる。保健サービスとして、在宅ケアにおいては訪問看護やリハビリ、福祉機具のサービスが行われ、ヘルスセンターにおける長期療養患者のケアもカバーされる。そして、このよ

うな包括的サービスであるからこそ、その仕事を合理的に行い、利用者にとっても良いような、ホームヘルパーと訪問看護を同時に出来る担い手の養成教育がスタートしたのである（ラヒホイタヤ=practical nurse。第3節参照）。



(2) 私的・プライベートなサービス供給

社会サービスの提供の76%は自治体等のパブリックセクターであり、プライベートセクターによるサービス提供は社会サービスの25%、ヘルスケアの20%（その領域で働いている雇用者の数を基準とする）である。プライベートセクターによるサービス提供は1990年代後半から増加し、特に2000年代の増加は社会サービス領域が中心で、ヘルスケアサービスは相対的に変化がない。

ここで言うプライベートセクターとは、フィンランドの場合、NPOや営利企業あるいは小さな個人業主を指す。

社会サービスの18%が様々な団体（NPO、NGOなど）が、6%が企業により提供されている。営利企業のサービス提供はまだ少ない。しかも、プライベートセクターのサービス提供は主に自治体が購入する形態である。日本の民営化とは根本的に異なる。

いわゆる施設は自治体直轄が多いが、ケア付き住宅、それも近來増加している24時間

対応のケア付き住宅（シェルターハウス＝強化型高齢者住宅）は半数近くが民間委託である。

また、新しい試みとしてサービスクーポンの導入と課税控除政策がある。クリーニングや配食サービス、移送サービスなど、かつてはホームヘルパーが行っていた、つまり自治体が直接提供していた家事的支援がアウトソーシングされ、その供給を民間事業所、とりわけ小さな個人業主が担っている。課税控除とは、このような個人業主から購入した家事的サービスの金額を課税対象の所得から控除するシステムである。これらの個人事業は、ケアワーク経験者、従って多くが中高年の女性の起業によるものが多く、自治体も奨励しているところが興味深い。

以上のように、サービス提供の多様化が進み、自治体や自治体連合のみではなく、NPOのような第3セクター、民間企業や個人事業主の提供するサービスは増加している。しかし、これらの供給組織への投資、サービス購入、クーポン利用など多様な形態におけるパブリックな支援が行われており、直接的なサービス提供から後退したとしても、まだ間接的な形態で公的なコントロールと責任が果たされている。また、人口規模の少ない過疎地域などでは、プライベートセクターの提供は困難なことから、このようなサービスの機械的拡大には政府は慎重である。

(3) 親族介護者の活用

サービス供給の多様化と関連して、フィンランドでは90年代初頭から親族介護への関心が高まった。それまで、公的サービスの拡充を政策課題にしてきたが、他の北欧諸国と同様、90年代初頭の不況とサービス構造改革に伴い、政策課題として浮上した。1993年に「親族介護支援に関する政令」が公布された。その後、内容は3度修正され、介護者手当、在宅ケア支援サービス、年金累積、労災保険、休日の権利等が定められた。親族介護者への関心は再び2000年代初頭に高まった。フィンランド親族介護協会等の長年の要望―支援政策の改善と充実―にも後押しされ、フィンランド初の全国調査が社会保健省によって行われた。そこで、全国で約30万人が親族介護を主として担当していながら、親族支援のサービスを受けている人は3万にも満たないことが明らかにされた。それを受けて、法制化に向けた答申が政府に出され（2004年）、2006年に「親族介護支援法」が成立した。法律の詳細と親族介護者の状況については4節で述べる。

他の北欧諸国では親族介護者支援策はあるが法制化したのはフィンランドだけである。政策理念としては、あくまでも、介護者の社会的権利を明確にし、介護者自身が支援サポートを受けることが権利であり、被介護者のQOLの維持にもつながると考えられている。

しかし、介護手当を支給し、公的支援サービスを提供したとしても、もし、彼らが介護している高齢者を施設でケアした場合に比べコストは極めて安価であることは間違いな

い。

このような親族介護支援策を、インフォーマルケアの強化と見るかどうか、ジェンダー視点からはどう評価されるのかは、次年度の課題である。

しかし、インフォーマルケアをフォーマルサービスの一環として強化する、という点では、家族の無償の労働力として依存する日本の政策スタンスとはかなり異なることは間違いない（笹谷 2005b）。

(4) サービス構造の改革と自治体

一般に北欧国家は、経済・社会情勢の変化に応じて、政府は改革案を提示し、もしそれが不成功に終われば改めて別の改革案を出す、という政策スタンスを持ち、「実験国家」と言われてきた。そしてそれを国民自身も支持している。

フィンランドも同様に様々な領域における改革案を出してきているが、ここでは、“社会・保健医療サービスの構造改革”に絡んだ3つの主な改革をとりあげ、それらが現在のフィンランドの高齢者福祉政策および介護サービスのマンパワー政策にどのように関連しているのかを指摘する。これらの構造改革は、同時に、その供給責任者である自治体のサービス供給のあり方の改善も指摘し、政府と自治体の関係のありかたに言及するものである。

本稿で参照するのは、以下の3つである。①90年代初頭の経済後退を背景にした1992年の『サービス構造に関する作業部会の報告書』（社会・保健省）、②Social Services Development Project 2003-2007（『社会サービス発展プロジェクト2003-2007』報告、社会・保健省）、③「フィンランドの自治体とサービス構造再編成プロジェクト2005-2012」（PARAS プロジェクト、内務省、財務省）¹

①『サービス構造に関する作業部会の報告書』（社会・保健省）1992年

この時点で、フィンランドでは2000年から高齢者人口が急増すると予測されていた。この報告書は、それに伴うサービス需要の増加にどう対応するのか、という長期展望の下で作られたものである。ここでは明確に①コスト面から施設ケアから在宅ケアへの大きな転換が打ち出され、②2000年では、75歳以上の90%以上が在宅で、独立して、あるいは社会・保健医療サービスによって、あるいは近親者や近隣のサポートによって生活していること、という明確な目標がたてられ（その時点で84%）、③そのための在宅サービスの拡充 ④それを可能にする住宅政策、⑤在宅と施設の中間的住宅の建設（現在のシェルターハウスやグループホーム）などの提言がなされた。同時に、これらの施策が自治体によって差異が出ないように、単独自治体、自治体連合、より広域なつながりで行っているサ

¹ これらの文書の翻訳は河田舜二氏によりものである。

サービス供給の徹底した見直しと高齢者にとって適正なサービスの創出を自治体に求めるものである。他方で、臨床部門や長期療養病とのベッド数の削減も明確にうちだしている。

このようなサービス構造の大転換において、マンパワーの調整はどのように提案されたのだろうか。

「他職種人材資源の持つ能力の利用を新しい形で行うことも改革の骨子である。こうして現在の人材資源によっても、施策やサービス構造を改革することで、質の高いサービスを提供することが出来るものとする。よく計画され、指導された施策であれば、現在のマンパワー規模によってもなるべく長い期間、例えばこれから10年間にわたっても増大するサービス需要に対処できるはずである」「施設の収容数を10年間に段階的に削減し、代替のオープンケアをその減少に応じて行うことにした。試算ではマンパワーの総数については増加も減少も無いものとし、施設ケアで減少するマンパワーや公務をオープンケアに移すものとした」

施設ケアから在宅ケアへの政策転換という、大掛かりなサービス構造の変化にも関わらず、マンパワーの総量は変えずに、一人ひとりのケアワーカーの能力向上（competence）を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうというものである。おりしも、90年代初頭は景気後退の最中であり、フィンランド政府のしたたかな計算が読み取れる。これらの方針は労働、教育分野にもおよび、4節で見るようなケアワーカーの養成教育の転換＝ラヒホイタヤの資格創出にも繋がってゆく。

②Social Services Development Project 2003-2007 社会福祉保健省

自治体のサービスシステムの見直しと改善策として、主に自治体の協同活動によるサービス提供（福祉サービスの広域化）が主張された。

従来、フィンランドでは広域的福祉サービス網の整備が進んでいるのが特徴であった。周辺地方自治体が共同して施設を作ったり、施設の運営管理を行う。とりわけ、高度・専門医療（ヘルスセンター）、障害者福祉、社会・保健職業訓練等（中等職業訓練校—ラヒホイタヤの養成など、高等職業訓練校（ポリテク）—看護師養成等）の分野で行われている。共同化は自由に自治体が必要に応じて資本参加、経常経費負担参加などで広く行われている。ここでは、従来の協同形態の見直しと再編が強調された。

そのより一層の具体策が次のPARASプロジェクトと新しい法律である。

③Project to restructure municipalities and services(PARAS project 2005-2012)

フィンランドは他の北欧の福祉国家と同様、地方分権が進んでいる。福祉・保健サービスの提供は法令に基づいているが、その内容や量は各自治体の裁量に任せられている。しかし、地域における高齢化を伴う人口構成の変化や都市化によって、自治体の人口規模は変化し、サービス供給基盤に格差が生まれるリスクが大きくなった。次節で見るように、

例えば在宅ケアサービス（特にホームヘルプサービス）縮小化が見られるのは、このような自治体の厳しい財源問題にもその一つの原因があり、実際、要求されるサービスニーズを実現するのが困難な「貧困な自治体」が問題化されてきた。その根本解決のために新しいプロジェクトがスタートした。

この国家プロジェクトは、別名 PARAS-プロジェクトと呼ばれ、フィンランドの地方自治、サービス提供全体に大きな影響を及ぼすプロジェクトである。今までは内務省の主導で遂行されてきたが、2008年からはプロジェクト段階を終えて、実施時期に入り、財務省の管轄下で行なわれている。その背景には、先述したように、人口の高齢化と都市集中化によってフィンランドの多くの中小自治体が単独でサービスを提供できる基盤が困難になってきていることがある。2万人という最低人口規模をベースに、市町合併や協同活動圏を設定するなどにより、地方自治全体の再編成を行なうもので、それに併せて高齢者福祉やその他の基礎サービスの構造が大きく再編されることとなる。このプロジェクトを方向づけ、可能にするための法律『自治体-、サービス構造再編成のための枠組み法』Framework act of restructure municipalities and servicesは2007年の2月に発効し、2012年末まで効力を持つ。

<枠組み法の中心的な内容について>²

新しい自治体構造、サービス構造

自治体構造の強化は、市町の合併や、町の一部を他の市町に併設組替えする形で行なわれる。

また、協同の活動を強化するために、複数の自治体が協同活動圏を設けることができます。協同活動圏の最低人口規模は、基礎保健医療サービスおよびそれに密接に関係する社会サービスの提供については、最低約2万人とする²。

職業基礎訓練については、最低約5万人とする。

さらに広汎な人口規模を対象とするサービスに関しては、例：高度医療、知的障害者用特別ケアについては、現在の広域診療圏をベースに全国を幾つかの市町グループに分ける。

困窮状態にある地方自治体

経済的に特に困窮状態にある自治体は、国と協同して住民へのサービス提供を確保するための方策を検討しなければならない。もしここで検討された方策が十分でない場合には、

² 内容については以下の財務省のHPを参照のこと。

http://www.vnm.fi/vnm/en/04_publications_and_documents/03_documents/20071219Docume/Future%2520challenges.pdf

http://www.vnm.fi/vnm/en/04_publications_and_documents/03_documents/20071219Docume/raistio_englanti.pdf

http://www.vnm.fi/vnm/en/04_publications_and_documents/03_documents/20071219Docume/asettamispaaetoet_englanti.pdf

政府は国会に当該自治体の境界変更を可能にする自治体境界法改正に関する答申を行ない、それにより内閣が当該自治体を境界変更を行なうことを可能にする。

自治体が行なうべき作業

各自治体は内閣に対して、枠組み法の枠内で行なわれる施策と改革の『実施計画』について書かれた自治体構造、サービス構造に関する調査計画書を提出する。その『実施計画』には、活性力、活動能力をもち歪なき自治体構造を可能にするための方策、サービス提供を行なうための協同活動を強化するための施策が提示されていなければならない。

『実施計画』のベースとなるのは、人口分析、サービス分析および自治体の経済計画である。

国の地方政策と自治体の財源

自治体が行なうべき責務とそのための財源を取り扱う『基礎サービスプログラム』を、部分的に法にもとづく国と地方自治体間の協議方式の恒常的な部分として定着させる。

自治体の財源、地方交付金システムを改正する。減税措置を国庫負担の枠に組み入れることにより、また自治体間の合併や協同作業の障害となりうる事項を取り除くことで、自治体の税収基盤を強化する。この改正は、国と自治体間の費用負担の分割を変えるものではない。

このような政策の下、すでに大幅な自治体合併が予定され、ヘルスセンターのような基礎保健医療サービスや、例えば親族介護サポートなど一部の社会サービスを協同活動圏で実施の意向を多くの自治体が示している。今後、サービス提供単位の変更、支給形態の変更によって自治体住民のサービスの受給がどのように変わるのか、観測してゆく必要がある。

3. 介護サービスの利用状況とサービス認定

(1) サービスの利用状況

フィンランドの公的サービスは、この間、施設から在宅への政策転換の数値目標をかかげ、かなり周到に推し進めてきた。(表1-1)は、1990年から2005年までのサービスの種類別の受給割合を年齢グループ別にあらわしたものである。実際、高齢者介護のサービス構造はここ15年間で変化してきていることが伺える。1992年の『サービス構造に関する作業部会の報告書』(社会・保健省)では前節でみたように、2000年代の目標を、「75歳以上の90%以上が在宅で、独立して、あるいは社会・保健医療サービスによって、あるいは近親者や近隣のサポートによって生活していけること」としていた。2005年の施設居住者は高齢者ホーム(いわゆるナーシングホーム)4.3%、長期療養病棟が2.5%で、合計で6.8%、24時間ケア付シェルターハウスを入れても計10.2%でほぼ目標は達成したと言える。しかし、ホームヘルプサービス、ホームケアサービス、サポートサービスなどの在宅

サービスのカバー率は75歳以上においても、また、85歳以上でさえもサービス提供の度合いは厳しくなっていることがわかる。この数値割合は、サービスが不要なのではなくて、自治体が財政状態に応じて特に2000年以降抑制傾向にあるのではないかと、というのが政府の見方である。

政府の目標値は、例えば(表1-2)に見るように、在宅ケアは75歳以上の25%をカバーすることにおいている。

また、在宅ケア(この場合はホームヘルプあるいはホームナーシングの訪問)の訪問回数そのものは減少していないがよりターゲット化している。つまり、より要介護の高い利用者の訪問回数が増加し、いわゆる虚弱高齢者への訪問が少なくなっている(表1-3)。このことについて、自治体のサービス構造をチェックする立場にある政府は、虚弱高齢者に予防的なサービスと買い物や掃除等のホームメイキングサービスを増やすべきだと主張している。多くの自治体は、1節で見たように、これらのサービスを直接行わずアウトソーシングしている。このホームメイキングサービスの提供をめぐる議論は非常に興味深いとその分析は次年度に譲る。

以上のような、施設入居の割合が低く、なおかつ、在宅サービスの受給率も少ない、というフィンランドのサービス構造は、同じ北欧型福祉国家のなかでもユニークである(表1-4)。